N° 58.

ESSAI

SUR

LES LUXATIONS SPONTANÉES DU FÉMUR,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 mars 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR CLAUDE BRUNET, de Billiat,

Département de l'Ain ;

Ex-Chirurgien interne de l'hôtel-Dieu de Lyon.

Tout s'enchaîne, tout se lie dans l'économie animale.

BICHAT, Anat. gén., t. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Examinateur*.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président*.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe, *Suppléant*.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur*.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur*.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

A MON ONCLE,

CLÉMENT MORAND,

Membre de la Légion-d'Honneur ; Chevalier de l'ordre royal et militaire de Saint-Louis.

C. BRUNET.

PRIMO MEO PRÆCEPTORI AMANDISSIMO

G. E. TISSOT, D. M. M.,

Plurimis scientiarum societatibus adscripto.

VERÈ SAPIENTI MEDICO

P. MONTANIER, D. M.

HAS THESES DICO ET VOVEO

AUCTOR.

ESSAI

SUR

LES LUXATIONS SPONTANÉES DU FÉMUR.

La sortie des os de leurs cavités articulaires n'est pas toujours l'effet d'une violence extérieure ou de l'effort musculaire; elle est encore provoquée par une maladie qui dénature ou détruit les articulations, et les rend inhabiles à retenir les os qui les forment : c'est l'espèce de déplacement que l'on appelle *luxation spontanée*, et, encore mieux, *symptomatique* ou *chronique*, à cause de son origine et de la lenteur avec laquelle il s'opère. La plupart des articulations peuvent le présenter; on l'a observé dans celles de l'humérus avec l'omoplate, du tibia avec le fémur, de la clavicule avec le sternum, de l'atlas avec l'occiput, des deux premières vertèbres entr'elles, etc., etc., mais surtout de l'articulation du fémur avec l'os des iles. C'est parce qu'elle affecte ordinairement cette jointure que les anciens considéraient la luxation symptomatique comme une affection particulière à la hanche, et la désignaient sous le nom de *morbus coxarius;* et même l'observation prouve que la tête du fémur subit plus fréquemment ce mode de déplacement que celui dont un effort violent est la cause. Sur vingt-six luxations de ces os reçues à l'hôtel-Dieu de Lyon dans l'espace d'un an, de 1827 à 1828, vingt-quatre étaient spontanées,

et les autres primitives. Cependant, si nous avons consacré cette dissertation aux luxations spontanées du fémur, notre intention a moins été de nous arrêter spécialement à elles que de les montrer, à cause de leur fréquence, des caractères tranchés de leurs symptômes et de la facilité à les observer, comme le type des déplacemens de ce genre. Que pourrait-on, en effet, dire sur les luxations symptomatiques en général qui ne fût l'histoire de celles du fémur?

Les causes de cette maladie sont de deux ordres, *prochaines* ou *éloignées*.

1°. La *cause prochaine*, ou, pour parler un langage plus philosophique, l'essence des luxations spontanées consiste-t-elle en l'accumulation de la synovie dans l'articulation affectée, ou en un gonflement des glandes qui sécréteraient cette humeur? Ces opinions, avancées et soutenues par les *J.-Louis Petit*, les *Lafaye*, sont aujourd'hui abandonnées. Quelque abondante que puisse, en effet, être la synovie, elle ne sera jamais capable de vaincre la résistance des ligamens et des muscles, et de produire l'allongement et l'exarticulation du fémur; il y a plus, si l'on suppose que la synovie s'épaississe, celle qui sera épanchée entre la capsule articulaire et la tête de l'os sera plus propre à retenir cette dernière qu'à l'expulser. L'expérience a fait connaître que le gonflement inflammatoire des flocons adipeux, qu'on a nommés *glandes synoviales*, n'est jamais suffisant pour produire seul la luxation.

La cause prochaine de cette maladie est attribuée, à plus juste titre, à l'inflammation aiguë ou chronique des cartilages et des parties osseuses articulaires; mais les uns ne veulent voir l'action primitive de cette cause que sur la tête du fémur, et les autres dans la cavité où elle est reçue. Ceux-ci la placent dans l'élément osseux, ceux-là dans le cartilagineux. L'admission exclusive d'une de ces opinions nous paraît à la fois contraire à la raison, à l'observation de l'homme malade, et à l'inspection cadavérique : à la raison, parce qu'elle nous montre dans les os et les cartilages, soit qu'ils forment des têtes ou des cavités articulaires, la possibilité de leur engorgement inflammatoire, et la

part que les uns et les autres peuvent recevoir des influences morbides qui agissent sur les jointures ; à l'observation de l'homme malade et à l'inspection cadavérique, parce qu'elles nous font distinguer les affections isolées des cartilages et des os, et que très-souvent elles les présentent réunies. Au reste, que les os et les cartilages soient primitivement ou secondairement affectés, le mal des uns ne tarde pas à se communiquer aux autres, et les conséquences sont les mêmes.

L'inflammation des ligamens et celle de la membrane synoviale amènent quelquefois à la longue un déplacement spontané ; mais alors elles sont toujours accompagnées d'un gonflement des cartilages et des os (ce que montre la nécroscopie). C'est moins dans l'affection des premiers que des derniers organes que nous voyons sa cause prochaine.

La phlegmasie des tissus fibreux des articulations et des synoviales est bien plus souvent la suite de la maladie des os et des cartilages qu'elle n'en est la cause. Dans toutes les autopsies à la suite de luxations spontanées, on trouve les ligamens ramollis ; ils le sont par l'inflammation qui s'est propagée jusqu'à eux ; la couleur rouge qu'ils offrent ne laisse aucun doute sur le principe de ce ramollissement. Cette altération des ligamens est nécessaire pour permettre aux surfaces osseuses de l'abandonner.

Cependant toute phlegmasie des cartilages ou parties osseuses articulaires ne produit pas le déplacement spontané ; celui-ci n'arrive que lorsque le mal a été porté au point de changer les rapports de forme des surfaces articulaires. Quand, d'une part, la cavité cotyloïde est remplie, ou que la tête du fémur est devenue trop volumineuse pour y rester, et que, d'autre part, le ligament rond et la capsule sont ramollis, on se figure aisément qu'alors ces parties, à cause de leur configuration nouvelle et du relâchement de leurs liens, ne peuvent rester long-temps en contact, et que la tête du fémur soit entraînée par l'action des muscles, une impulsion extérieure ou ces deux causes réunies, et abandonne complètement la région articulaire. Mais ce n'est pas toujours par leur gonflement successif que la phlegmasie

des cartilages et des os amène la luxation spontanée, c'est quelquefois par la carie des cartilages et des os. On peut voir le rebord de la cavité cotyloïde entièrement rongé, et permettre au fémur de se déplacer avant même d'avoir, selon les cas ordinaires, subi un allongement. Dans quelques circonstances, toutes les parties qui composent l'articulation sont détruites sans que jamais il survienne de déplacement; mais en saisissant le fémur, on s'aperçoit, au relâchement de ses liens, que toutes les conditions nécessaires au déplacement existent; on a même vu le fond de la cavité cotyloïde creusé, perforé par la carie, et la tête du fémur se luxer dans le bassin.

D'autres causes immédiates et prochaines peuvent encore produire la luxation symptomatique. *Burns* rapporte un cas remarquable de cette affection, qui provint d'un fongus hématode développé dans le cotyle du bassin. L'observation suivante, qui nous a été fournie par le docteur *Tissot*, de Lyon, paraît démontrer la possibilité de la production d'un déplacement spontané par une forte ecchymose de l'articulation ou du ligament rond. Michel Drussy, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, tombe de la hauteur de huit pieds sur un amas de pierres; la partie externe et le grand trochanter de la cuisse droite ont supporté l'effet de la chute. La douleur est si vive qu'il ne peut se relever. Transporté dans son lit, il est visité par le docteur *Tissot* trois heures après son accident. Le membre lésé est plus long que l'autre de huit à neuf lignes. L'idée d'une luxation en bas et en dedans se présente; mais elle est bientôt rejetée, à cause de l'absence des autres signes qui lui appartiennent, tels que la tumeur formée à la partie interne et supérieure de la cuisse par la tête du fémur, le déjettement en devant du grand trochanter, la rotation du membre en dehors, et la difficulté ou plutôt l'impossibilité de le ramener en dedans. Tous les mouvemens que l'on fait exécuter à la cuisse sont possibles, mais ils sont douloureux. La seule déformation que présente la hanche, c'est une saillie plus grande du grand trochanter en dehors, et sa position plus inférieure. L'allongement du membre ne permet pas de songer à une fracture du

col du fémur. Une luxation spontanée commençante est le seul désordre que l'on puisse soupçonner. Trente sangsues sont appliquées autour de l'articulation iléo-fémorale, et saignent abondamment. Le lendemain, l'allongement a diminué. Des cataplasmes résolutifs sont employés pendant plusieurs jours, et, le dixième, le membre est revenu à l'égal de l'autre.

Est-ce le gonflement inflammatoire des cartilages ou des os qui a pu survenir en trois heures et moins peut-être pour allonger le fémur? Mais leurs tissus ne répondent pas si promptement à une cause d'irritation, leur vie obscure ne le comporte pas. N'est-il pas plus rationel de penser que, dans ce cas, il s'est formé une sorte d'ecchymose ; j'ai presque dit une bosse sanguine dans le ligament ou dans les autres parties articulaires.

Voici un autre exemple de luxation spontanée par cause externe, non moins intéressant que le précédent ; il est inséré dans un mémoire de M. *Janson*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Une femme est prise tout à coup, en sortant d'un bain, d'une douleur cruelle à la hanche gauche ; elle entre de suite à l'hôpital. Deux jours après, elle présentait un allongement de deux pouces et demi du membre douloureux, et tous les symptômes de la luxation spontanée commençante ; la tête du fémur était sur le point d'abandonner la cavité cotyloïde. Des sangsues sont appliquées autour de la hanche, puis des vésicatoires volans. Tout mouvement de la cuisse est interdit à la malade ; six jours après, les douleurs sont entièrement calmées ; le membre se raccourcit, reprend sa forme et sa direction; au bout de trois semaines la cure est complète.

Ce que nous venons de dire sur la cause prochaine des luxations spontanées montre l'analogie qu'il y a entre cette affection et ce qu'on appelle *tumeurs blanches*. Dans l'un et dans l'autre cas, on rencontre les mêmes organes malades, et le même genre d'altérations, ou plutôt la luxation spontanée n'est réellement qu'une variété, qu'un symptôme des tumeurs blanches ; ce serait même un de leurs symptômes fréquens, si toutes les articulations s'y prêtaient de la même

manière ; on conçoit que celles qui s'emboîtent par des saillies et des cavités réciproques entourées de ligamens forts et nombreux, doivent moins favoriser le déplacement que celles où une tête sphérique ou approchant de cette forme est reçue dans une cavité analogue.

2°. *Causes éloignées.* Les causes éloignées sont externes ou internes.

La disposition scrophuleuse, l'affection rhumatismale, le scorbut, l'infection vénérienne, l'abus du mercure, la rétrocession d'exanthèmes cutanés aigus et chroniques, l'influence d'un froid humide, la suppression de la sueur des pieds et des autres parties du corps, celle d'une hémorrhagie habituelle, telles sont les causes internes et éloignées qui ont été plus particulièrement signalées; mais les dispositions scrophuleuses et rhumatismales sont celles qu'on rencontre le plus souvent; tel est même à cet égard le sentiment de quelques auteurs, qu'en distinguant les luxations spontanées . ils ne leur ont reconnu que ces deux formes. L'arthrocace des enfans au-dessous de quatorze à treize ans, est presque toujours scrophuleuse, tandis qu'elle est souvent le résultat du rhumatisme au-dessus de cet âge. Les causes externes sont toutes les lésions physiques des articulations, telles que les distensions, tiraillement des ligamens; les contusions, et surtout le choc mutuel des surfaces articulaires produit par une chute sur les pieds, les genoux ou le grand trochanter. Souvent ces causes ne font qu'appeler sur les jointures qu'elles irritent les dispositions morbides dont nous venons de parler; mais ce serait méconnaître ce que l'observation à constaté bien des fois, que de nier qu'une cause externe puisse seule produire un déplacement symptomatique.

Il peut même arriver qu'une cause externe produise dans la même articulation deux luxations, une primitive, et toutes les conditions nécessaires à la production d'une spontanée : témoin cette observation.... Joseph Satin, de Chessy (Rhône), âgé de quatorze

ans, luttant avec un de ses camarades, fait un faux pas, tombe sur la cuisse gauche, qui est violemment portée dans l'adduction, et entraîne avec lui son camarade. Joseph entend un bruit particulier dans la région de la hanche, éprouve une douleur très-vive, et ne peut se relever; le membre gauche est plus court que le droit, et la pointe du pied est tournée en dedans. Cet enfant est apporté à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 30 octobre 1825, dix-huit jours après son accident. Raccourcissement considérable du membre gauche, flexion légère de ses articulations, rotation en dedans, rapprochement du trochanter de l'épine iliaque antérieure et supérieure, tels sont les symptômes qu'il présente à son entrée. M. *Gensoul* tente la réduction de cette luxation; quand le membre est suffisamment allongé par la main des aides, la tête du fémur ne peut pénétrer dans le cotyle, et se luxe dans le même sens. Cette extension est renouvelée deux ou trois fois, les mêmes phénomènes se représentent constamment. M. *Gensoul*, pensant alors que l'engorgement des tissus de cette cavité était la cause de l'obstacle à la réduction, eut l'heureuse idée de ramener la tête du fémur contre la cavité, et de la fixer dans cette position en liant ensemble les cuisses et les jambes des deux côtés, et en maintenant l'immobilité du bassin par des moyens convenables. Cette manœuvre réussit; et le membre, ramené sous le cotyle, était encore plus allongé d'un pouce et demi environ, que celui du côté opposé: puis, dans le but de détruire l'état inflammatoire de l'articulation, dix sangsues sont appliquées sur la région du grand trochanter. Le lendemain, 31 octobre, dix sangsues sont de nouveau apposées sur la même région. La douleur, jusqu'alors très-vive, cède, l'allongement n'est plus que d'un pouce; des vésicatoires volans sont successivement appliqués pendant dix-huit jours, et chaque jour marque les progrès que fait l'os pour rentrer dans sa cavité. Le 15 novembre la réduction est complète, le malade fait le tour de son lit en boîtant un peu, mais plutôt de faiblesse que d'un reste d'engorgement. Satin est sorti parfaitement guéri le 17 décembre 1825.

Dans le cas que nous venons de citer, il nous paraît évident qu'un

gonflement des tissus fibreux ou cartilagineux de la cavité cotyloïde s'opposait à la rentrée de la tête du fémur, et que cet état était semblable à celui qu'offre le premier degré des luxations spontanées ; la réussite du traitement antiphlogistique et la réduction successive de l'os le prouvent d'une manière incontestable.

Symptômes, diagnostic, nécroscopie.

Le début de la luxation spontanée, surtout de celle qui est l'effet d'une cause interne, est quelquefois insidieux, inaperçu, et le mal peut faire quelques progrès avant que l'on soit averti de son invasion. Les symptômes qui signalent sa marche ordinaire se groupent en deux périodes.

Dans la première, le malade éprouve dans le membre affecté une faiblesse qui en rend les mouvemens difficiles, et bientôt une douleur qui, d'abord fugace et légère, puis forte et constante, se fait sentir derrière le grand trochanter et dans l'aine, s'accroît dans certains mouvemens, s'irradie le long du membre, et y occasionne pendant la nuit des tressaillemens pénibles qui sont cause d'insomnie. Une douleur semblable apparaît à la même époque dans le genou, qui, d'ailleurs, n'offre aucune enflure ; il arrive même qu'elle précède quelquefois celle des hanches, où qu'elle devient assez intense pour détourner l'attention du malade et celle du médecin. Ce phénomène sympathique se manifeste aussi au coude lorsqu'une arthrocace affecte l'articulation huméro-scapulaire. Bientôt poussé par le gonflement des parties articulaires, le membre s'allonge, il s'amaigrit, et le malade boîte, ou plutôt il marche en fauchant, c'est-à-dire en faisant décrire horizontalement à son pied qui traîne sur le sol un demi cercle en dehors. Sous l'influence d'un traitement convenable, le mal peut s'arrêter à cette époque et l'articulation revenir à son état primitif ; mais le plus souvent ces symptômes vont croissant, et la tête du fémur, amenée au niveau du rebord de la cavité cotyloïde, entraînée par l'action des muscles fessiers, glisse d'avant en

arrière, de dehors en dedans, sur la face externe de l'os des îles; la cuisse se fléchit et se tourne dans une forte rotation en dedans; le grand trochanter remonte, se rapproche de la crête iliaque et soulève les muscles qui le recouvrent; on voit, en un mot, tous les signes d'une luxation traumatique en haut et en dehors; c'est la seconde période qui commence, elle est annoncée par le raccourcissement lent ou brusque du membre malade, elle peut s'arrêter là. Dans ce cas, bien rare, qui suppose un sujet jeune et bien constitué, et l'action moins dangereuse d'une cause externe, la douleur du genou et celle de la hanche cessent; le gonflement des parties molles qui forme ces dernières diminue, et après un temps dont la durée varie, le malade peut s'appuyer sur le membre raccourci, mais susceptible encore de quelques mouvemens. Le fait de membres luxés qui seraient revenus dans leurs cavités articulaires est trop extraordinaire pour être admis sans preuves bien authentiques.

Ordinairement l'affection continue sa marche; une nouvelle scène de désordres commence; les douleurs locales s'exaspèrent et sont plus continues que jamais. Des frissons fréquens et irréguliers, des spasmes dans les muscles; la fréquence du pouls et une excitation générale dans l'économie signalent la formation du pus. De vastes foyers, communiquant avec l'articulation lésée, se forment dans l'épaisseur de la fesse où à la partie supérieure et interne de la cuisse; ils ont quelquefois l'allure des dépôts froids et sympathiques. Faites par la nature ou par l'art, les ouvertures de ces abcès deviennent fistuleuses, versent bientôt un pus abondant, et qui s'altère comme celui qui provient de la carie des os; la fièvre hectique s'allume, et amène le triste tableau de l'épuisement et du marasme.

Quelquefois le mal s'arrête au milieu de sa violence; la suppuration tarit peu à peu, et la guérison s'opère par la soudure mutuelle de la tête du fémur avec la surface osseuse qui est en rapport avec elle.

La luxation spontanée du fémur peut affecter quelques variétés dans sa marche. Quelquefois la suppuration et les abcès précèdent le déplacement; quelquefois, si le rebord de la cavité cotyloïde est ca-

rié dans ce sens, le déplacement s'opère en bas et en dedans sur le trou ovalaire, et alors le membre est allongé et tourné dans une rotation en dehors : le rare phénomène d'une fausse articulation ou d'une ankylose peut aussi arriver ; quelquefois enfin, ainsi que nous l'avons déjà dit, la luxation ne s'opère pas, où bien la tête du fémur s'enfonce dans le bassin.

La durée des périodes de la luxation spontané est variable; l'exarticulation peut survenir en quelques jours, ou n'avoir lieu qu'après des mois et des années.

Mais revenons sur quelques symptômes de cette maladie qui pourraient occasionner des méprises, ou qui ont besoin d'explication. La douleur du genou, qui a pu tromper des observateurs superficiels, est rapportée à sa véritable cause avec un peu d'attention. Quand elle est un effet sympathique de l'arthrocace ilio-fémorale, le toucher n'augmente pas la douleur du genou et accroît sensiblement celle des hanches, surtout si, comme le conseille M. *Astley Cooper*, on appuie la main au devant de l'articulation, un peu au côté externe de l'artère fémorale, où en arrière près du grand trochanter ; le genou peut être fléchi ou étendu sans augmenter la douleur, tandis que la cuisse ne peut faire le plus petit mouvement sans causer de vives souffrances ; et puis l'allongement du membre, qui ne tarde pas à survenir, ferait cesser toute incertitude s'il en restait. Avant que le membre inférieur s'allonge, on peut confondre la douleur de la hanche avec le rhumatisme articulaire. Cette méprise n'est pas grave, parce que, dans la période où elle peut se faire, le traitement de ces affections est à peu près le même, et que d'ailleurs, comme on voit, le rhumatisme peut provoquer la luxation. La mobilité de l'arthrite et la fixité de la coxalgie sont deux caractères qui les distinguent suffisamment.

L'allongement du membre peut être plus ou moins considérable ; il est facile de le reconnaître, lorsqu'après avoir placé le bassin dans une situation horizontale, on examine comparativement les grands trochanters, malléoles et condyles des deux côtés. On trouve alors le

grand trochanter du côté malade plus bas, plus en dehors que celui du côté sain; la fesse de côté plus aplatie, et son sillon plus profond. Quand l'allongement est porté à plusieurs pouces, *Jean Hunter*, *Falcoue* et M. *Brodie*, pensent qu'alors il ne tient pas seulement au gonflement des cartilages, mais à une inclinaison du bassin vers le côté malade, qu'ils disent avoir observée. M. *Brodie* en donne une explication qui paraît conforme aux lois de la mécanique animale. « Le malade, dit-il, quand il marche, fait porter le poids de son corps sur le membre sain, dont la hanche et le genou se mettent, à cet effet, dans l'extension (on conçoit ce mouvement instinctif); en même-temps il incline en avant le membre opposé, et place le pied de ce côté bien en devant de l'autre, non pour lui faire porter une partie du poids du corps, mais pour se tenir plus ferme et conserver l'équilibre. Cette position nécessite l'abaissement du bassin de ce côté, et l'inclinaison habituelle de cette partie du squelette est presque nécessairement suivie de la courbure latérale de l'épine, et il en résulte qu'une épaule se trouve plus haute que l'autre, et presque tout l'extérieur paraît déformé. » Nous ajouterons que la déviation latérale doit être double et exister en sens inverse aux lombes et au dos, que celle de la région lombaire change nécessairement le plan horizontal du bassin, et que celle du dos est la cause de la saillie concommitente de l'épaule dont parle M. *Brodie*. Ce médecin observe qu'on dissipe en général tous les symptômes, en faisant rester le malade au lit pendant quelques semaines, à moins que la difformité ne soit très-ancienne.

La claudication du membre malade ne peut-elle pas être attribuée à une maladie des vertèbres ou à une luxation traumatique? Quand ce phénomène dépend d'une maladie des vertèbres, il est suivi tôt ou tard de la paralysie des membres inférieurs; la hanche et le genou ne sont pas douloureux, et puis l'allongement du membre n'en est pas le résultat. Les circonstances commémoratives fixeraient tantôt le diagnostic d'une claudication produite par un déplacement traumatique; et son apparition brusque dissiperait tout doute chez un enfant ou chez un idiot.

L'amaigrissement du membre qui est menacé de luxation spontanée est un fait que montre l'observation journalière, il commence même dès que l'on s'aperçoit du moindre dérangement dans la marche ; on peut dire, en général, que lorsque les fonctions d'un membre sont suspendues par une maladie, son volume diminue et ses muscles s'atrophient.

Autopsie. Il est rare qu'on puisse examiner l'état des parties quand la maladie n'est encore qu'à sa première période ; cependant, il est probable qu'alors le cartilage qui tapisse la cavité cotyloïde, celui qui recouvre la tête du fémur, le ligament rond et la membrane synoviale sont gonflés. Quand l'exarticulation est opérée depuis longtemps, et qu'il s'est formé une articulation anormale, on trouve la cavité articulaire abandonnée, rétrécie et effacée. La tête du fémur, ordinairement rapetissée, quelquefois aplatie et presque déformée. repose sur une cavité de nouvelle formation, irrégulière, peu profonde, et tapissée par un cartilage mince ; tandis que les muscles environnans, le tissu cellulaire, les tendons amincis et transformés en un tissu fibro-cellulaire, forment une capsule articulaire qui se porte d'un os à l'autre et affermit les deux pièces de l'articulation anormale. Lorsque la maladie a continué à faire des progrès, et qu'elle est arrivée au point de faire périr le malade ; on trouve les cartilages, les extrémités, et quelquefois les cavités articulaires détruits par la carie et baignés de pus ; les ligamens ramollis, les parties environnantes mollasses, grisâtres et fongueuses ; et si des abcès se sont ouverts, des trajets fistuleux faisant communiquer le foyer principal avec l'extérieur, la matière purulente qui s'est glissée dans les interstices des mucles y forme des foyers plus ou moins considérables, etc.

Prognostic. Le prognostic à porter sur la luxation spontanée est grave ; l'âge du sujet, sa constitution, la cause du mal, la période où il est peuvent cependant le modifier. Chez les sujets jeunes et vi-

goureux, la succession des symptômes est plus rapide ; mais il y a plus d'espoir de guérison que chez les sujets vieux et épuisés. L'arthrocace qui est de nature scruphuleuse est, toutes choses égales d'ailleurs, plus rebelle que celle qui provient du rhumatisme. Cette maladie est à toutes ses périodes susceptible de guérison ; mais les chances diminuent à mesure qu'on arrive à la dernière. Quand l'exarticulation à lieu, il est difficile d'arrêter le mal ; et si on obtient la guérison, ce n'est que par une fausse articulation ou l'ankylose. L'apparition des abcès est le plus souvent mortelle : c'est une espérance bien frêle que celle qui repose sur le dessèchement des fistules et la cessation des désordres articulaires qu'elles supposent.

Traitement. Combattre par les antiphlogistiques l'irritation profonde qui provoque la luxation spontanée, la révulser au dehors quand les premiers moyens sont insuffisans ou inapplicables ; traiter avec la plus grande prudence les abcès qui peuvent survenir ; favoriser l'ankylose du membre dans une position qui le rende utile, et combattre les causes générales, telles sont les indications à remplir dans le traitement des luxations symptomatiques. Appliquons à chaque période de la maladie celles qui lui conviennent : 1°. dans la première période, et surtout à son début, quand l'inflammation est vive, quelle que soit d'ailleurs sa cause, on a recours aux saignées locales abondantes et réitérées, suivant le besoin ; aux saignées générales même, si l'individu affecté est pléthorique, le mal intense ou produit par une violente contusion ; aux cataplasmes émolliens, au régime des phlegmasies, et, avant tout, au repos le plus absolu de l'articulation malade. Ces moyens doivent être employés avec énergie, et proportionnés au degré de l'inflammation et de la douleur. Leur prompte et persévérante administration peut faire avorter cette affection redoutable, et ramener le membre allongé à sa longueur naturelle ; toutefois on n'en cessera l'usage que lorsqu'ils auront détruit la douleur, ou qu'il sera impossible de n'en plus rien obtenir. Quelques médecins anglais proposent le bain chaud dans cette période de

l'arthrocace ; mais, l'inconvénient très-grave de mouvoir le malade doit faire renoncer à ce moyen.

L'inflammation a-t-elle diminué, est-elle plutôt chronique qu'aiguë; ou bien l'emploi des antiphlogistiques est-il sans effet ; on vient alors aux révulsifs appliqués sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, aux vésicatoires volans promenés autour de l'articulation, sur le grand trochanter, au-dessus, au-dessous, en arrière et au-devant de cette éminence, aux moxas, aux sétons appliqués dans les mêmes régions. Les vésicatoires peuvent suffire quand la douleur est nouvelle, et chez un enfant. M. *Brodie* avance que, dans ce cas, ils sont plus efficaces lorsqu'on les entretient avec l'onguent de sabine que lorsqu'on en répète l'application. Une pensée que l'on ne doit pas perdre de vue, c'est qu'en raison de la lenteur des mouvemens organiques dans le tissu osseux, on doit employer ces moyens pendant un temps très-long pour en obtenir quelque effet. L'usage des douches hydro-sulfureuses et autres, les frictions mercurielles, celles faites avec des linimens volatils, avec la pommade d'*Anthenrieth*, les vapeurs de benjoin et de succin, les cataplasmes de racine de bryone, etc. les sachets remplis de tan, d'hydro-chlorate d'ammoniaque et de chaux éteinte, sont conseillés par les auteurs lorsque l'inflammation cesse d'être aiguë, et ont dans ce cas quelque efficacité. L'irritation qu'ils produisent sur la peau en est peut-être plus la cause que leur action résolutive.

C'est aussi quand les symptômes phlegmasiques généraux et locaux ont disparu qu'il faut songer à combattre le vice interne d'où le mal a dérivé. C'est ordinairement à l'époque où l'on emploie la médication révulsive. Suivant le cas, on aura recours aux moyens propres à détruire la syphilis, le scorbut, le scrophule, etc., et au régime convenable à ces maladies.

2°. Dans la seconde période, celle d'exarticulation, ce n'est plus qu'à faire rentrer l'os dans sa cavité que tendent les ressources de l'art (nous n'oserions pas espérer un semblable succès), mais à faire cesser l'irritation aiguë ou chronique qui peut désorganiser les parties qu'elle

frappe, en produisant la carie et les dépôts ; à favoriser une fausse articulation ou l'ankylose, et lorsqu'on ne peut prévenir les abcès et la carie, chercher au moins à sauver la vie du malade, qu'ils compromettent gravement.

Ainsi, lorsque, dans la seconde période, la suppuration n'est pas soutenue, c'est encore aux saignées locales, aux topiques émolliens et aux révulsifs sur la peau qu'il convient de recourir : aux premiers, quand la douleur est aiguë ; aux seconds, quand elle a disparu ou sensiblement diminué. Alors aussi, pour favoriser une pseudarthrose ou l'ankylose, le repos sur le lit devient plus indispensable ; et comme l'ankylose est plus probable, il faut placer le membre de manière qu'il se soude dans la position la plus conforme à sa destination. M. *Boyer* conseille de le mettre dans l'extension. Lorsque le malade commencera à se lever, il se servira de béquilles, et on lui recommandera de ne confier le poids du corps au membre malade que par degrés et avec beaucoup de circonspection. Nous pourrions citer des exemples de récidives funestes, qui ont été le fruit de l'omission de ces soins.

Les abcès peuvent se manifester avant ou après l'exarticulation : dans l'un et l'autre cas, on doit employer les saignées capillaires, si l'irritation locale est intense, et l'établissement, aux environs de l'articulation, d'un ou deux cautères, pour borner les progrès de la maladie ; mais la prudence doit présider à l'emploi de ces remèdes, à cause de la faiblesse funeste que pourraient produire les uns, et de l'excitation que seraient capables de provoquer les autres dans les surfaces articulaires, l'expérience ayant appris que l'arthrocace est toujours disposée à s'exaspérer dans sa période de suppuration.

Comment faut-il traiter les abcès? Faut-il les ouvrir, ou les abandonner à eux-mêmes? S'il convient de les ouvrir, est-ce par ponction ou par incision? Chacune de ces méthodes a ses partisans, et compte des succès : ceux qui laissent les abcès s'ouvrir d'eux-mêmes redoutent les dangers de l'introduction de l'air dans le foyer purulent

et les accidens que peut provoquer l'opération ; ceux qui préfèrent une incision large trouvent en elle l'avantage de procurer au pus un libre écoulement, et d'éviter les inconvéniens de sa stagnation dans un foyer où il est presque inévitablement altéré par la présence de l'air ; enfin les partisans de la ponction ont en vue les avantages qu'a cette pratique dans les dépôts par congestion. Nous répondrons d'abord à ces derniers que la parité n'est pas parfaite entre les cas ; qu'ici on doit craindre l'inflammation de la membrane synoviale à la suite de l'opération, et d'autant plus que les parties qu'elle doit traverser pour arriver à la cavité articulaire, étant elles mêmes altérées et peu disposées à se réunir, l'ouverture reste béante, et permet à l'air de s'introduire dans l'intérieur du foyer. L'inflammation de la synoviale ne doit-elle pas être aussi la suite d'une large incision ? Le conseil donné par M. *Boyer*, d'abandonner à la nature le soin d'ouvrir les abcès survenant dans les luxations spontanées, nous paraît le plus sage, et celui que l'expérience a le plus sanctionné.

Quel que soit, au reste, le parti que l'on prenne, il arrive presque toujours que l'inflammation de l'articulation se réveille et s'exaspère, que la carie augmente, et que le malade tombe bientôt dans l'épuisement et le marasme. Ils sont rares les cas où, le mal tendant à une solution heureuse, le pus devient moins abondant, plus épais, inodore, tarit ensuite ; la fièvre hectique se dissipe ; le membre s'ankylose, l'appétit renaît ou se soutient, le malade ne maigrit que peu, les symptômes locaux s'améliorent, etc. C'est alors qu'un régime tonique et le quinquina peuvent trouver leur cas d'application ; l'opium uni au musc et au camphre a été vanté aussi pour la période hectique.

Le mal résiste aux moyens que nous avons passé en revue, la vie du malade est en danger, l'art est-il désormais impuissant ? ne peut-il pas encore triompher de ce cas par la résection où l'amputation à l'article ? La résection n'est pas praticable à cause de la grande épaisseur des chairs qui cachent l'articulation : et l'amputation elle-même l'est-

elle davantage ? Elle pourrait être proposée, s'il ne s'agissait que d'enlever le membre inférieur ; mais il faut encore retrancher la cavité cotyloïde cariée, et cette opération est-elle facile ? doit-elle même être tentée ? A l'épaule, les mêmes difficultés n'existent pas ; la chirurgie aborde plus facilement les parties articulaires, et avec plus de chances de succès.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE MERCY).

I.

Corporibus humidas carnes habentibus, famem inducere oportet : fames enim siccat corpora. *Sect.* 7, *aph.* 59

II.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 65.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, morbus. *Ibid.*, *aph.* 71.

IV.

A tabe detento alvi profluvium superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 14.

V.

Laxi tumores, boni; crudi verò, mali. *Ibid.*, *aph.* 67.

VI.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.